

ANNÉE 1928

THÈSE

No
162

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

RENÉ A. CASAUBON

Né le 15 Janvier 1900 à Paris

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Assistance Publique de Paris

Le Point cervical du Phrénique

DANS LES

Pyélonéphrites et la Lithiase rénale

Sa pathogénie, sa valeur diagnostique
dans les affections sous-diaphragmatiques

Président de Thèse : M. le Professeur PIERRE DUVAL.

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1928

981

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

RENÉ A. CASAUBON

Né le 15 Janvier 1900 à Paris

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Assistance Publique de Paris

Le Point cervical du Phrénique

DANS LES

Pyélonéphrites et la Lithiase rénale

Sa pathogénie, sa valeur diagnostique
dans les affections sous-diaphragmatiques

Président de Thèse : M. le Professeur PIERRE DUVAL.

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1928

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.



II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.
Pathologie médicale	TANON.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

In Memoriam

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES FRÈRES HENRI, JEAN, MAURICE

In Memoriam

A MON AMI LE DOCTEUR PIERRE MALE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

*En remerciement pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant
de présider notre thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

— Stage —

LE PROFESSEUR QUÉNU (1918-1919).

LE DOCTEUR CÉTTINGER (1919-1920) *in memoriam*.

LE DOCTEUR ENRIQUEZ (1919-1920).

— Externat —

LE DOCTEUR DELHERM (1920-1921).

LE DOCTEUR RICHARDIÈRE (1920-1921).

LE DOCTEUR AVIRAGNET (1920-1921).

LE DOCTEUR CAUSSADE (1921-1922).

LE PROFESSEUR FOIX (1922-1923) *in memoriam*.

LE DOCTEUR HERSCHER (1923-1924).

LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU (1923-1924).

LE DOCTEUR COMTE (1924-1925).

— Internat provisoire —

LE DOCTEUR R. J. WEISSENBACH (1925-1926).

— Internat (Assistance publique) —

LE DOCTEUR M. PINARD (1926-1927).

LE DOCTEUR J. TROISIER (1927-1928).

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

LES PROFESSEURS AGRÉGÉS :

LE LORIER, GATELLIER, DE GAUDART D'ALLAINES

LES DOCTEURS :

HUBER, MOUTIER, RAMADIER, ROUILLARD, PÉRON

A MES AMIS, MM. LES DOCTEURS :

BALMELLE, BERRY, H. LECLERC, LEGRAIN

MARTIN-FLEURY, PICHARD, VENDEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATELLIER

*En remerciement pour l'enseignement
qu'il nous a prodigué.*

*En témoignage de mon plus respec-
tueux attachement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. J. WEISSENBACH

*En le remerciant de l'enseignement
qu'il nous a prodigué pendant toutes
nos études médicales.*

*En témoignage de ma très vive gratitude,
de ma grande admiration et
de mon plus respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. TROISIER

*Qui a bien voulu m'inspirer ce travail
et grâce à qui, j'ai pu le mener à
bien.*

En témoignage de ma reconnaissance.

Le Point cervical du Phrénique dans les Pyélonéphrites et la Lithiase rénale

**Sa pathogénie, sa valeur diagnostique dans les affections
sous-diaphragmatiques**

INTRODUCTION

Généralités

« Parmi les réactions locales provoquées par les diverses maladies viscérales, aucune n'est souvent plus significative que la douleur ; par son siège, par ses caractères propres et ses modalités évolutives, elle précise les localisations et parfois la nature de la maladie, elle peut être un symptôme de haute valeur, dont l'étude attentive s'impose aux cliniciens », écrit le Professeur Chauffard (1).

Il est en pathologie, certaines affections pour lesquelles cette remarque est particulièrement juste ; ce sont celles de l'abdomen. C'est, en effet, la douleur qui fait consulter cette sorte de malades ; c'est souvent elle le seul signe, ou le signe

(1) CHAUFFARD. — Formes douloureuses des kystes hydatiques du foie.
Annales de Médecine, décembre 1917.

majeur; c'est elle qui, surtout, permettra le diagnostic, et par conséquent la thérapeutique appropriée.

Cependant, les points douloureux des affections vésiculaires, cholédociennes, pancréatiques, pyloriques et duodénales, coliques et rénales (point vésiculaire, point de Desjardins, point pylorique, point rénal antérieur) sont tellement proches les uns des autres, la mobilité de ces viscères, parfois leurs anomalies anatomiques, expliquent l'utilité d'autres caractères de ces douleurs, pour pouvoir trouver le viscère responsable : l'horaire, l'influence de l'alimentation, leur répétition quotidienne, bi-quotidienne, l'influence de certains médicaments, l'influence du repos, des voyages...

Il est un caractère particulièrement important, que les auteurs ont souvent étudié, c'est l'irradiation de ces douleurs; d'une façon générale, on admet :

- l'irradiation vers l'épaule droite des douleurs hépatiques;
- l'irradiation en arrière, en broche, et en haut des ulcus;
- l'irradiation vers la rate et l'abdomen inférieur des douleurs pancréatiques;
- l'irradiation vers l'uretère et les organes génitaux des douleurs rénales.

Enfin, plus récemment, certains auteurs ont particulièrement étudié le « point cervical » du phrénique dans les lésions hépatiques, stomacales, duodénales, et même appendiculaires. C'est l'étude de ce point dans les pyélonéphrites et la lithiase rénale que nous voulons faire dans ce travail.

Notre plan de travail sera le suivant :

Historique du point cervical.

Etude de nos observations.

Valeur sémiologique de ce point cervical dans la lithiase rénale et les pyélonéphrites.

Sa valeur diagnostique dans la pathologie abdominale.

Sa pathogénie.

CHAPITRE PREMIER

Histoire du Point cervical du Phrénique

Les névralgies phréniques ont déjà fait l'objet de nombreux travaux ; le long trajet de ce nerf, en rapport avec de nombreux viscères, ses riches terminaisons en plexus, ses nombreuses anastomoses, expliquent la facilité avec laquelle il peut réagir au cours de nombreuses affections thoraciques ou abdominales.

Parmi les points où l'on peut réveiller la douleur, quand il est atteint, se trouve le point cervical. Cependant, tous les auteurs n'admettent pas que ce soit le phrénique que l'on atteint en cette région. En effet, le point cervical doit être recherché dans un triangle formé par la clavicule, et les insertions sternales et claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien. A ce niveau, le doigt qui palpe peut rencontrer, soit le nerf phrénique, le nerf pneumogastrique, le sympathique cervical, et plus profondément le ganglion cervical inférieur du sympathique. Chacun de ces organes a été accusé de causer ce point douloureux. Nous reviendrons sur cette partie de la question ; nous garderons la terminologie habituelle de

« point phrénique » sans préjuger de la pathogénie de ce terme.

Depuis longtemps, la névralgie phrénique est bien connue dans les affections thoraciques (Guéneau de Mussy), péricardiques, pleurales, et dans les compressions médiastinales.

Plus récemment, le point phrénique a été décrit dans certaines affections abdominales, et d'abord dans certaines lésions du foie et de la vésicule biliaire.

Le Professeur Chauffard a montré son importance. Au cours de la lithiase biliaire (1), aussi bien au cours de la colique hépatique, qu'au cours des péricholécystites; il a décrit ses points d'élection, ses irradiations.

Paviot (2) a montré également sa valeur dans la péritonite sous-hépatique, d'origine vésiculaire.

Le kyste hydatique du foie, les abcès amibiens, certains cancers du foie peuvent également s'accompagner de réactions du nerf phrénique.

Costa et Troisier (3) l'ont décrit au cours des ictères infectieux, bénins ou graves.

Puis, les auteurs l'ont recherché en dehors de la pathologie hépatique et vésiculaire.

(1) CHAUFFARD. — Leçons sur la lithiase biliaire, Masson, 1914.

(2) PAVIOT. — La péritonite sous-hépatique, d'origine vésiculaire.

(3) COSTA et TROISIER. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 28 juillet 1916.

Cade et Parturier (1) l'ont décrit dans l'ulcère du duodénum et de l'estomac. Ces auteurs (2), en 1919, ainsi que G. Couturier (3), la même année ont résumé les travaux qui ont été faits sur le point cervical. Outre les maladies que nous venons d'énumérer, ils l'ont trouvé dans des cancers de l'estomac, de l'œsophage, mais ne l'ont jamais rencontré dans les affections de l'intestin, de la rate, et du rein; leurs recherches, sur le rein, ne portaient que sur quelques cas de ptose rénale.

Enfin, pour terminer cette nomenclature, il nous faut signaler que tout à fait récemment, Desmarest (4) a montré sa valeur dans la perforation de l'ulcère du duodénum pour le diagnostic causal des perforations.

Dans l'appendicite même, le point cervical a été trouvé par Iliesen (5).

Enfin, nous l'avons trouvé également cité, au cours de nos recherches, par Debove et Renault, Bucquoy, Dubard (dans les ulcères de l'estomac).

-
- (1) Cité dans CADE. — *Lyon Médical*, 1925, 25 septembre. Dans PARTURIER. — Diagnostic clinique des syndromes douloureux de la région vésiculaire. *Revue chirurgicale*, août 1919.
 - (2) CADE et PARTURIER. — Les points douloureux de la base du cou et leur sémilogie dans les affections abdominales. *Revue de Médecine*, 1919.
 - (3) G. COUTURIER. — Sémilogie des points douloureux, cervicaux dans les affections de l'étage supérieur de l'abdomen. *Thèse*, Lyon, 1918-1919.
 - (4) DESMAREST. — *Presse Médicale*, 25 septembre 1926.
 - (5) ILIESCU. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, fév. 1925.

Tout à fait récemment, le Docteur Troisier (1) l'a décrit dans la lithiase rénale et les pyélonéphrites; ce sont ces observations et celles que nous avons recueillies depuis qui nous ont permis cette étude.

Sa présence dans les affections rénales ne semblait pas s'imposer d'emblée, les irradiations des douleurs rénales et urétérales se faisant en bas, dans la règle.

Il est vrai, cependant, que certains auteurs ont signalé la possibilité, rare d'ailleurs, d'irradiations vers le thorax et vers l'épaule; mais nous croyons qu'aucun auteur encore n'a décrit le point cervical, et encore moins attiré l'attention sur sa fréquence; du moins, nous n'avons rien trouvé à ce sujet dans les traités classiques, et dans les nombreux articles que nous avons lus, se rapportant aux douleurs rénales.

Il nous semble donc qu'on peut ajouter aux irradiations basses des lésions rénales, une irradiation haute, le point cervical, qui, *à priori*, semble compliquer le diagnostic entre la lithiase biliaire, et la lithiase rénale; nous verrons qu'en réalité, la névralgie phrénique de cause hépatique est suffisamment distincte cliniquement, du point cervical d'origine rénale, pour pouvoir en faire le diagnostic.

Avant de résumer nos observations, nous tenons à remercier ici, notre Maître le Docteur Troisier, qui nous a guidé de ses conseils avec une incessante bienveillance, les obser-

(1) TROISIER. — Le signe du phrénique dans la lithiase rénale et les pyélonéphrites, *Soc. Méd. Hôp.*, juin 1927.

vations recueillies dans son service de l'hôpital Laënnec, et celles recueillies à l'Institution Sainte-Périne, servant de base à notre travail. Notre Internat à Sainte-Périne nous a permis une étude particulièrement fructueuse, nous avons eu, en effet, la possibilité de revoir souvent les malades après leur crise, au cours de nouveaux accidents aigus, entre ceux-ci, ce qui nous a donné l'occasion de contrôler la présence ou l'absence du point phrénique. Nous tenons également à remercier le Professeur Le Lorier qui, en nous laissant examiner quelques malades de son service, nous a donné l'occasion d'augmenter la liste de nos observations.

CHAPITRE II

Observations

Nous rappelons rapidement la manière de rechercher le point cervical.

Le malade, de préférence en décubitus dorsal, la tête surélevée et inclinée du côté opposé à la recherche de la douleur, le doigt palpe doucement; la recherche doit être bilatérale.

Quand l'examen est positif, le malade accuse une douleur qui peut s'accompagner de rejet de la tête en arrière, de dilatation pupillaire et d'érythrose faciale du côté où le point est sensible à la palpation.

Comme dans toutes recherches de la douleur, il faudra tenir compte du « nervosisme » du malade examiné.

OBSERVATION I

(Docteur Troisier, Hôpital Laënnec)

Mlle M... Marie, 19 ans, femme de chambre, décembre 1924.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs vives dans la région para-ombilicale et dans l'hypochondre gauches.

ANTÉCÉDENTS :

Mlle M... avait déjà présenté, il y a deux ans, une crise analogue, survenue en pleine santé, s'accompagnant de vomissements ayant duré quelques jours.

Depuis, elle a souffert fréquemment de l'estomac.

HISTOIRE DE LA CRISE ACTUELLE :

La malade arrive à Paris, le 26 novembre, après un long voyage en chemin de fer.

Dans la nuit du 28 au 29 novembre, sans malaise préalable, la malade est prise de violentes douleurs abdominales, prédominant dans le flanc gauche, s'accompagnant de vomissements répétés et pénibles, au cours de la nuit.

La température est à 38°.

Les jours suivants, 29 et 30 novembre, les vomissements ont cessé, par contre, les douleurs persistent.

Constipation opiniâtre ne cédant qu'au lavement. Anorexie.

Le 29, matin : T. 37,3 — soir : 38.

Le 30, matin : T. 37,8 — soir : 38,3.

Le 1^{er}, matin : T. 37,7 — soir, 38,2.

A son entrée à l'hôpital, la douleur spontanée dans la région de l'hypochondre gauche existe toujours. elle est exagérée par les vomissements, la respiration profonde, la toux, la palpation.

L'anorexie et la constipation existent toujours.

La malade, pâle et fatiguée, ne présente ni pollakiurie, ni autres signes de cystite ; il y a oligurie à 500.

À l'examen de la malade, on constate un ventre légèrement contracturé, surtout dans la moitié gauche, de la douleur dans l'hypochondre gauche, au hiatus costo-lombaire gauche, un empâtement de toute la région douloureuse, avec un léger œdème cutané de la région para-vertébrale gauche.

La recherche des points douloureux montre sensibles à la pression, du côté gauche, le point costo-vertébral, le point urétéral moyen, le point urétéral supérieur, le point urétéral inférieur par le toucher. La recherche du réflexe cutané abdominal est positive des deux côtés, mais douloureuse seulement à gauche.

Du côté gauche, point phrénique douloureux, s'accompagnant d'une légère mydriase gauche également. À droite, aucune douleur ne peut être trouvée à la palpation du point cervical. Nous faisons remarquer l'association, et seulement à gauche des points urétéraux, du point phrénique, d'une légère mydriase, d'un réflexe cutané abdominal, douloureux.

Le diagnostic de pyélite gauche, auquel on pense devant ces signes, est vérifié par l'examen des urines

Alb. : 0. Sucre : 0. Pus assez abondant. Quelques globules rouges, polynucléaires, colibacille en culture pure.

L'évolution est assez rapide, défervescence rapide en soixante-douze heures, à la suite du traitement institué. La T. tombe à 37,2 le 3 décembre. Une crise urinaire survient

le 6 décembre, et se continue le 7, 1.500; le 11, 2.000. Les douleurs spontanées disparaissent parallèlement, la recherche des points urétéraux, montre ceux-ci, indolores; *quand au point phrénique, dès la crise polyurique, il est impossible de le retrouver.*

De cette observation, nous pouvons déduire les principaux caractères du point cervical :

1° Entre les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien, la palpation provoque de la douleur;

2° Mydriase associée;

3° Unilatéralité, le point cervical existant du côté du rein malade et des points urétéraux, douloureux;

4° Evolution de ce point, parallèle à la crise débutant et disparaissant avec elle.

D'autre part, ce point cervical ne s'accompagne pas :

1° De douleur spontanée;

2° D'irradiations dans l'épaule, comme cela existe dans la névralgie phrénique, d'origine hépatique;

3° Les autres points phréniques (point vertébral à C. V., les points sternaux, le point médiastinal de Jousset, le bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy, la demi-ceinture douloureuse de Huchard) ne sont pas douloureux à la palpation.

OBSERVATION II

(Docteur Troisier, Hôpital Laënnec)

Femme enceinte de six mois, secondipare, août 1925.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs spontanées dans le flanc droit, s'accompagnant d'anorexie.

A l'examen, on constate, la région rénale droite extrêmement douloureuse, le point para-ombilical sensible. Au toucher, l'uretère droit est douloureux, provoquant envie d'uriner.

Point phrénique droit douloureux s'accompagnant d'érythrose faciale, indiquant, comme la mydriase, l'atteinte du sympathique. *A gauche : rien.*

Les urines troubles, contiennent du pus et des colibacilles.

La malade fut rapidement passée dans le service du Professeur Couvelaire ; cependant, pendant les quelques jours, où nous avons suivi la malade, la douleur du bassin a passé par des alternatives de mieux et de pire, ainsi que la douleur phrénique.

OBSERVATION III

(Docteur Troisier, Hôpital Laënnec)

Femme de 24 ans, novembre 1926.

Une jeune femme, mariée depuis deux mois, entre à

l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre et des troubles urinaires.

Le début des troubles remonte à un mois et demi, mais ceux-ci sont particulièrement marqués depuis une quinzaine de jours, en même temps apparaît de la pollakiurie, les mictions deviennent douloureuses; les urines sont troubles à l'émission, pas de gonorrhée. Au laboratoire : staphylocoque, pas de gonocoque, nombreux polynucléaires.

L'examen physique de la malade montre une douleur légère du bassin gauche, mais une douleur plus forte à droite; du côté droit, le point para-ombilical positif, ballonnement rénal extrêmement douloureux. *Le phrénique droit est douloureux* avec érythrose faciale et rejet de la tête en arrière, en raison de l'intensité de la douleur; *le phrénique gauche est également sensible*, comme pouvait le laisser supposer la douleur légère du bassin gauche.

La malade entre dans le service du Docteur Jousset, n'y reste que huit jours, et sort encore malade. A cette époque, *le phrénique droit est sensible à la pression.*

Ces trois observations montrent la présence du point cervical au cours de pyélites, avec distension du bassin: en le cherchant systématiquement nous l'avons trouvé également au cours d'accidents aigus de la lithiase rénale.

OBSERVATION IV

(Docteurs Troisième et Casaubon, Institution Sainte-Périne)

Mme C..., 87 ans, mars 1927.

La malade entre à l'infirmerie pour des douleurs intenses dans le flanc gauche.

ANTÉCÉDENTS :

La première colique néphrétique remonte à 1909; depuis les crises se répètent très fréquemment, chaque crise se terminant par l'élimination de calculs, et siégeant toujours à gauche. Aucun antécédent hépatique.

HISTOIRE DE LA CRISE ACTUELLE :

La colique se traduit essentiellement par des douleurs violentes du flanc gauche.

À l'examen, nous trouvons, du côté gauche, le point para-ombilical, le point de la XII^e côte, douloureux, et une zone sensible dans la région des épines iliaques antéro-supérieures.

Anorexie, état nauséux. Langue saburrale. Oligurie. *Le point phrénique gauche est extrêmement douloureux; rien à droite.*

Rapidement, nous avons assisté à l'élimination des calculs qui, examinés au laboratoire, montrèrent la variété oxalatique de cette lithiase; rapidement également, nous constatons la diminution des douleurs, s'accompagnant d'une crise urinaire.

Le 1^{er} avril, la région du flanc gauche est encore légèrement sensible, *le point phrénique gauche également.*

Le 8 avril, la malade est tout à fait rétablie, ne ressentant aucune douleur ; *le phrénique gauche n'est plus sensible à la palpation.*

Deuxième crise. — Nous avons revu la malade en octobre 1927. Elle venait consulter pour une affection intercurrente ; nous cherchons *le point phrénique*, et le trouvons sensible ; nous apprenons alors en interrogeant Mme C..., qu'elle a eu, il y a deux jours, une petite élimination de calculs, nous avons pu les voir. Ce petit accident aigu avait été peu douloureux.

Troisième crise. — Le 28 décembre 1927, Mme C... est admise à nouveau à l'infirmerie ; elle nous raconte l'histoire d'une nouvelle colique :

Douleur dans le flanc gauche, anorexie et nausée, urines foncées et rares.

L'examen nous permet de constater à nouveau la *douleur du point cervical gauche*, ainsi que la sensibilité des points urétéraux du côté gauche. Cependant, malgré le traitement habituel, cette crise semble plus tenace ; début : janvier 1928, les urines reviennent troubles à l'émission, examinées au laboratoire : oxalate de chaux, pus abondant ; les douleurs augmentent, et la malade se plaint également du côté droit de l'abdomen qui, jamais auparavant ne fut sensible ; or, nous constatons : *le point phrénique droit douloureux.*

Le 15 janvier, la quantité des urines augmente, tous les signes rétrocedent; le pus disparaît dans les urines, *les points phréniques sont insensibles.*

Quatrième crise, 30 janvier. — A nouveau les douleurs apparaissent dans les deux côtés de l'abdomen, à nouveau la palpation réveille la *douleur au niveau de chaque point cervical.* Oligurie, pyurie. Cette poussée cède plus vite et le 8 février, Mme C... quitte l'infirmerie, ne ressentant aucune douleur, la palpation ne *pouvant réveiller la moindre sensibilité des points urétéraux et phréniques.*

OBSERVATION V

Docteurs Troisier et Casaubon, Institution Sainte-Périne)

M. de La..., 80 ans, 26 mars 1927.

Le 26 mars 1927, M. de La... entre à l'infirmerie pour des douleurs violentes, siégeant dans le flanc droit, irradiant dans la jambe droite, vers le scrotum.

ANTÉCÉDENTS :

La première crise remonte aux environs de 1897; les coliques ont toujours siégé du côté droit avec élimination de calculs. Aucun antécédent hépatique.

HISTOIRE DE LA CRISE ACTUELLE :

Le malade souffre de façon intense le jour de son entrée à l'infirmerie. L'examen est pénible pour notre ma-

lade, nous cherchons seulement le point cervical droit. *qui est extrêmement douloureux.* Oligurie, *nausée, — langue saburrale.*

Le lendemain, les urines plus abondantes sont de couleur marron foncé, avec un léger dépôt brunâtre au fond du bocal. Les douleurs sont moins violentes, permettant un examen plus complet. Nous trouvons du côté droit, les points para-omibilical, urétéral moyen, sensibles, *ainsi que le phrénique arct.* La crise cesse rapidement; nous n'avons pas vu de calculs, seulement un dépôt brun dans le bocal d'urines: aussi rapidement *disparaît la douleur phrénique.*

Deuxième crise, octobre 1927. — M. de La... est admis à nouveau à l'infirmerie, pour une poussée de bronchite aiguë avec emphysème. La palpation ne réveille aucune douleur au point phrénique; le malade n'a, d'ailleurs, présenté aucune nouvelle colique rénale. Cependant, chaque soir la T. est à 38°, M. de La... est très essoufflé; de plus, anorexie et nausée. Urée sanguine : 0,50.

Le 10 décembre, régime hypoazoté; sensible amélioration les jours suivants.

Le 17 décembre, l'état général est mauvais, une légère dyspnée réapparaît, s'accompagnant de nausées, vomissements et un peu de fièvre. L'examen pulmonaire et cardiaque, n'explique en rien ces troubles; nous explorons les points *phréniques qui se montrent sensibles bilatéralement, surtout*

à droite; l'examen rénal est négatif; les urines sont rares, il est vrai, mais claires, sans dépôt.

Le lendemain, nous constatons, au contraire, les points urétéraux sensibles à droite; le rein droit est gros, douloureux; les urines sont rares, le malade décline.

Le 20 décembre, les points douloureux sont moins sensibles; les urines laissent un dépôt de sable rouge, l'état général est de plus en plus mauvais. Cette faiblesse s'accroît le 21; les bruits du cœur sont sourds; aux bases pulmonaires, râles sous-crépitaux. Mort le 22 décembre (nous n'avons pu faire la vérification anatomique).

Dans cette dernière crise, le point phrénique a présenté un caractère que nous n'avons jamais rencontré, et que nous n'avons d'ailleurs pas constaté à nouveau : le point cervical fut douloureux, alors que la palpation des points urétéraux ne réveillait pas la moindre sensibilité à leur niveau, et que le malade n'accusait pas la moindre douleur.

OBSERVATION VI

(Docteurs Troisier et Casaubon, Institution Sainte-Périne)

Mme P..., 80 ans, janvier 1927.

La malade entre à l'infirmerie, pour une grippe.

ANTÉCÉDENTS :

Première crise de colique néphrétique en 1866. Au dire de la malade, les crises étaient très fréquentes, siégeant tou-

jours du côté gauche, s'accompagnant d'émission de pus, de sang, de sable dans les urines; elles se répétèrent de 1866 à 1912, la malade ayant alors 65 ans.

À partir de 1912, la douleur n'est plus la même; les crises aiguës, douloureuses disparaissent, et sont remplacées par une sensation plus constante de poids et de gonflement dans la région rénale gauche, avec parfois quelques poussées plus aiguës, s'accompagnant de cystite et de constipation. Aucun antécédent hépatique.

HISTOIRE ACTUELLE :

La malade entre à l'infirmierie pour une grippe légère avec quelques râles disséminés de bronchite. Température à $38^{\circ}5$. La phase aiguë dure une dizaine de jours, mais la convalescence traîne; la malade se sent fatiguée, chaque soir, T. à $38^{\circ}5$. À l'auscultation, quelques râles isolés. Le traitement institué contre ces phénomènes pulmonaires et généraux n'amène aucune amélioration. Ce n'est que quelques jours plus tard, que les râles disparaissent, mais la température reste à $38^{\circ}5$, et la fatigue subsiste. Nous cherchons une autre cause possible à cet état de fatigue, à cette hyperthermie; par l'étude plus approfondie des antécédents de la malade, notre attention est attirée sur le rein.

À la palpation : nous trouvons un rein gauche augmenté de volume, douloureux et ptosé.

Les urines sont troubles, et la réponse du laboratoire est

la suivante : pus à polynucléaires, colibacille et streptoalbumine.

Le point phrénique gauche est douloureux. Le droit insensible ; le rein droit d'ailleurs est indemne cliniquement. Nous n'avons trouvé, ni à gauche, ni à droite, aucun point urétéral, douloureux. Nous avons pensé chez cette femme lithiasique à une suppuration rénale à colibacilles remontant, sans doute, déjà à assez longtemps.

Une radiographie fut faite ; elle nous a montré un rein gauche augmenté de volume ; pas d'image de calcul. Région vésiculaire, normale.

La fièvre diminue rapidement, à la suite du traitement ; l'état général s'améliore, la douleur disparaît, le pus est moins abondant dans les urines. *Le phrénique gauche devient moins douloureux*. Le 20 avril 1927, tout est rentré dans l'ordre, *le point cervical est absolument insensible*.

Deuxième crise. — De temps à autre, nous faisons examiner les urines de Mme P... En octobre 1927, pyurie abondante, quelques hématies ; *phrénique gauche un peu sensible*. Mme P... nous dit avoir été légèrement grippée, et avoir senti un poids au rein gauche. Nous le sentons, en effet, gros et douloureux.

Troisième crise, 28 novembre 1927. — A nouveau, Mme P... vient consulter, se trouvant fatiguée, sans appétit, et se plaignant de douleur au niveau du rein gauche. Nous trouvons à nouveau son rein gros et douloureux à la palpa-

tion ; le *phrénique gauche* est sensible en son point cervical.

Examen des urines : Albumine. Hématies. Pus.

OBSERVATION VII

(Docteur Casaubon)

Mme C..., 23 ans, 1926-1928.

Nous avons eu l'occasion d'étudier l'évolution d'une colibacillose, associée à la lithiase rénale chez une jeune femme de 23 ans.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début de la maladie remonte à janvier 1926, caractérisé par des mictions plus fréquentes, douloureuses, augmentées par la marche, s'accompagnant d'amaigrissement et d'anémie. Pyurie, colibacillurie. La palpation fait constater un rein droit douloureux, le point de Bazy + ; le toucher vaginal est douloureux. Deux jours après éclate une crise aiguë, douloureuse, suivie d'émission de sable dans les urines. Mme C... a eu, deux ans auparavant, une crise semblable, qui fut traitée comme une colique néphrétique.

L'état général et local s'améliore ; cependant, les signes de cystite, la constipation, malgré des lavages vésicaux et les laxatifs, existent toujours ; ceux-ci augmentent *en mars 1926* ; cette crise est enrayée par des auto-vaccins. Nouvelle crise *en juillet 1926*. C'est à partir de cette date que nous avons pu étudier le point phrénique chez Mme C...

Première crise, 1^{er} mars 1927. — Les douleurs de cystite recommencent, s'accompagnant de constipation, et de température chaque soir, pendant une semaine. Le rein droit est sensible spontanément, et à la palpation, le toucher vaginal est douloureux; le point de Bazy et celui de la XII^e côte, sensibles. Le cæcum dilaté est douloureux et gargouillant. Examen des urines : pus, polynucléaires, entéro et colibacille. Une radio montre un gros rein droit, une image de calcul probable, un cæcum dilaté et douloureux. Foie et vésicule biliaire, normaux.

Le point phrénique droit est très sensible, avec rejet de la tête en arrière. Traitée à nouveau par les auto-vaccins per os et en piqûre s.c la crise diminue lentement et se termine en juin 1927; la douleur du phrénique suivit la même évolution, pour disparaître en juin également.

Deuxième crise, octobre 1927. — Mme C... est enceinte de sept mois, primipare. Nouvelle crise, en tout semblable aux précédentes, qui ne dura que dix jours. *Le point phrénique est douloureux très nettement pendant ces dix jours, à droite.*

Troisième crise, décembre 1927. — Nous constatons de l'albumine dans les urines (65 centigrammes), et du pus; un réveil de la douleur au niveau du rein droit, douleur qui devient extrêmement violente, et qui s'accompagne d'un point phrénique droit particulièrement sensible. En raison, d'une part de la grossesse en cours, d'autre part, de l'état rénal,

nous instituons un régime hydrique, puis lacté; en quelques jours, la crise diminue, l'albumine disparaît; la douleur diminue, *le point phrénique n'est plus sensible*.

25 décembre 1927. — Accouchement, sans complication; légère réapparition de l'albumine qui disparaît le 28 décembre 1927.

Quatrième crise, 30 décembre 1927. — Température à 38°4, céphalée intense, fatigue générale, anorexie, nausée, contracture, langue saburrale.

Rein droit extrêmement douloureux. Oligurie à 700 gr. Urines troubles : albuminé, pus, colibacille.

À la palpation, nous sentons un rein droit ptosé, gros, et douloureux; le point para-ombilical droit est également douloureux; le toucher vaginal réveille la douleur; *le point phrénique est sensible à droite*.

Cette crise est jugulée rapidement (l'opsolysine en lavements, auto-vaccins); *le point phrénique droit n'est plus sensible*. L'examen d'urines, à ce moment, est le suivant : rares leucocytes, albumine : 0, colibacille : 0.

OBSERVATION VIII

(Docteur Casaubon, Institution Sainte-Périne)

Mme La..., 68 ans, décembre 1927.

Mme La... vient consulter en décembre 1927, pour des douleurs, pendant et après les mictions, phénomènes datant

de quelques jours ; les mictions sont plus fréquentes. La constipation habituelle chez cette personne, est encore plus accentuée depuis une semaine. Anorexie, nausée, langue saburrale.

A la palpation, nous sentons un rein gauche sensible, le point para-ombilical gauche douloureux.

Le phrénique gauche est douloureux.

Cette crise dura peu, la réaction du phrénique fut aussi éphémère.

OBSERVATION IX

(Docteur Casaubon, Institution Sainte-Périne)

Mme Jo..., 79 ans, 29 novembre 1927.

Mme Jo... vient consulter le 29 novembre, pour des douleurs pendant et après les mictions, celles-ci sont plus fréquentes.

La malade a déjà présenté des crises semblables en 1920 et 1926.

Cette crise, cependant, nous raconte-t-elle, ne semble pas devoir cesser aussi rapidement que les précédentes ; de plus, elle se plaint d'un poids dans le côté gauche, de fatigue, de troubles digestifs, d'inappétence ; cette malade qui a déjà présenté de l'arythmie, voit celle-ci réapparaître.

A la palpation, nous réveillons la douleur du côté gauche au niveau des points para-ombilical, de la XII^e côte ; le rein

est gros, douloureux et ptosé. *Le phrénique gauche est douloureux.*

Les urines troubles sont examinées au laboratoire : traces d'albumine, pus, entéro et streptocoques.

La crise cesse rapidement, et dix jours après, nous *ne trouvons plus aucun point douloureux, ni urétéral, ni phrénique*, le rein est légèrement sensible à la palpation.

OBSERVATION X

(Docteurs Troisier, Vendel, Casaubon, fondation Rossini)

Mme Ma..., 71 ans, novembre 1927.

Est entrée à l'infirmerie avec des signes de pneumonie gauche le 7 novembre 1927.

Elle présente, d'autre part, un souffle diastolique d'insuffisance aortique, une tension à 28-10 au Vaquez.

La pneumonie de la base gauche, se termine le 24 novembre ; ce jour, en effet, on ne trouve plus aucun signe pulmonaire. La malade cependant, ne retrouve aucun appétit, est faible, et nous redoutons, la température étant chaque soir à 37°8 une complication pulmonaire ou cardiaque, en raison des antécédents de la malade. Le 27 novembre, la malade se plaint d'envies d'uriner fréquentes la nuit, de brûlures à la miction, de contractions dans le bas-ventre, de coups dans le rein gauche. De plus, apparaissent des nausées, quelques renvois de glaires, une inappétence absolue, une constipation opiniâtre, de la céphalée et de l'insomnie.

L'examen physique nous fait constater une langue saburrale, jaunâtre; un cæcum gros, gargouillant, douloureux; tout le cadre colique, sensible; un rein gauche très douloureux. Le point para-ombilical, le XII^e intercostal, le sus-intra épineux, du côté gauche sont sensibles à la pression.

Le phrénique gauche est extrêmement douloureux, s'accompagnant du rejet de la tête en arrière, et d'une dilatation pupillaire particulièrement nette.

Les urines ont diminué de quantité, 500 grammes par jour; elles sont troubles et contiennent de l'albumine et du pus.

Le 1^{er} décembre, l'état s'améliore, les mictions moins fréquentes, sont également moins douloureuses; la quantité d'urine est de 750, et dès le 15 décembre, la malade est complètement rétablie; *ne présentant plus aucun point douloureux, ni aucun trouble dans la miction.*

OBSERVATION XI

(Docteurs Troisier et Casaubon, Institution Sainte-Périne)

Mme Le..., 72 ans, novembre 1927.

Mme Le... avait été soignée en octobre 1927, pour une poussée de furonculose extrêmement violente et qui semblait complètement terminée quand elle sortit de l'infirmerie.

Elle revient cependant fin novembre 1927, avec à nouveau deux furoncles de la fesse droite; cette poussée semble

plus forte que la précédente. Localement, un état inflammatoire très étendu; l'état général est mauvais; anorexie; un peu de fièvre.

Le lendemain, la fièvre est plus forte (39°), Mme Le... se plaint de douleurs en urinant; les mictions sont plus fréquentes; tout le flanc gauche est douloureux spontanément. Le soir, la malade vomit, se plaint de céphalée et délire. Nous l'examinons et constatons un rein droit douloureux et gros de la douleur à la XII^e côte, au point para-ombilical du côté droit.

Le phrénique droit est douloureux.

Les urines sont rares, et contiennent des traces d'albumine, du pus, du staphylocoque. Pas de sucre (la malade en avait présenté auparavant).

Le lendemain, température à $39^{\circ}3$, délire; localement, s'est formé un anthrax, extrêmement dur, violacé, très étendu, d'odeur fétide. Dans la nuit, la malade meurt dans le coma.

(Nous n'avons pu faire la vérification anatomique).

OBSERVATION XII

(D^r Casaubon, Hôpital Boucicaut, Service du D^r Le Lorier)

Marguerite Li..., 20 ans, octobre 1927.

Mme Li... est entrée le 28 octobre dans le Service du Professeur Le Lorier, venant de Necker, où elle avait été traitée pour une pyélonéphrite.

ANTÉCÉDENTS :

La malade avait déjà présenté quelques signes de cystite avant sa grossesse, mais ceux-ci étaient frustes.

HISTOIRE DE LA MALADIE. :

Le 1^{er} octobre 1927, Mme Li... se plaint de douleurs dans la région lombaire droite, s'accompagnant de vomissements, de frissons et de température à 40°. Hospitalisée à la Maternité, le traitement (sondages et régime) améliore son état. Elle est alors envoyée à Necker, traitée par les vaccins du Docteur Fish, et collargol; très améliorée, elle entre le 28 octobre dans le service du Professeur Le Lorier.

On constate à son entrée, une grossesse de cinq mois environ. Tension artérielle au Vaquez : 10-5. Température à 37°6. Pouls à 110. Elle souffre peu, mais en raison des antécédents, on fait pratiquer un examen d'urines : urines troubles, leucocytes libres et en amas; cellules variées; cristaux d'urate et de phosphate; colibacilles + + +.

Le 2 novembre : poussée thermique à 40, frissons, céphalée et vomissements. La douleur rénale droite est extrêmement violente, s'accompagnant de contractions dans la région hypogastrique, accentuées par la toux.

Les points urétéraux du côté droit sont douloureux à la pression. *Le point phrénique droit est sensible.* Cette crise dure six à sept jours; chaque soir, 39°; elle est améliorée par des lavages vésicaux et des vaccins du Docteur Fish.

Le 10 novembre, la crise est terminée, le point phrénique a disparu.

Le 18 novembre, crise semblable pendant laquelle nous n'avons pas eu l'occasion de rechercher le point phrénique, crise qui se termine le 25 novembre.

Le 4 décembre, à la suite d'un écart de régime, réapparition des douleurs dans le flanc droit, en arrière, irradiant en bas. Mictions plus fréquentes, plus douloureuses, spasmes vésicaux, irradiant vers l'utérus. Température à 38° le soir, 37°8 le matin. On sent à la palpation un rein droit douloureux; le para-ombilical et le XII^e intercostal sont également douloureux. La palpation réveille la douleur du point phrénique à droite.

Le 5 et 6 décembre, la crise diminue spontanément; le point phrénique est encore net, le 10 décembre, la température est à nouveau normale; la crise est finie, la douleur phrénique a disparu.

OBSERVATION XIII

(Docteur Casaubon, Institution Sainte-Périne)

Mme Ro..., 81 ans, janvier 1928.

Mme Ro... entre le 15 janvier à l'infirmerie se plaignant de douleurs au niveau des deux reins et de la région fessière droite. Température à 38°.

ANTÉCÉDENTS :

Aucun antécédent hépatique et rénal, mais nombreuses crises de rhumatisme; sciatique à répétitions.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

La malade se plaint seulement d'une douleur vive, au niveau de la fesse droite, réveillée par la marche, ayant commencé deux jours auparavant. La constipation habituelle, a augmenté depuis huit jours.

En raison des antécédents, notre attention est attirée vers les points sciatiques; nous trouvons un point douloureux au niveau du grand trochanter droit. Rien à l'émergence du nerf, rien à la face postérieure de la cuisse, rien au creux poplité. Par contre, toujours du côté droit, l'angle de la XII^e côte avec la masse sacro-lombaire, est sensible à la pression; en avant, le point para-ombilical est douloureux, le point sus-intra-épineux également. Du côté gauche, aucune douleur.

Interrogée à nouveau, la malade se rappelle, en effet, que depuis quelques jours, elle urine plus souvent, que ses mictions sont douloureuses.

Le point cervical droit est douloureux. Albuminurie et pyurie.

La crise dure deux à trois jours, de 500 grammes, l'élimination urinaire passe rapidement à 1.500; les urines se clarifient; la douleur rénale disparaît en huit jours; à ce moment *le point phrénique n'est plus douloureux.*

CHAPITRE III

Valeur sémiologique du Point phrénique

Nous avons, après l'observation princeps, indiquer les caractères principaux du point cervical, au cours des pyélonéphrites et de la lithiase rénale ; ceux-ci sont suffisamment nets, nous semble-t-il, pour pouvoir affirmer sa valeur sémiologique dans ces deux affections :

1° Ce point est facile à rechercher, entre les insertions du muscle sterno-cléido-mastoïdien, la tête inclinée du côté opposé. Cette palpation doit être faite légèrement, et contrôlée par l'examen bilatéral.

2° L'intensité de la douleur provoquée est facteur du « nervosisme » du malade, et de l'affection causale. Il existe un parallélisme, facile à constater entre la violence de la douleur provoquée au point cervical et celle réveillée aux points rénaux et urétéraux.

3° On ne trouve le point cervical que du côté du rein malade. Des deux côtés si les deux reins sont atteints, mais le rein le plus douloureux provoquant la réaction phrénique la plus forte.

Jamais nous n'avons trouvé de douleur croisée.

4° La douleur phrénique commence avec le début de la crise aiguë; dans l'observation n° V, elle a même précédé celle-ci. Elle atteint son maximum, quand la crise est à son maximum également; elle diminue et disparaît en même temps qu'elle.

5° Cette douleur peut-être le seul signe provoqué par la palpation; elle peut s'accompagner de mydriase et d'érythroïse faciale du côté du point douloureux.

6° Depuis que systématiquement nous recherchons le point phrénique, dans aucun cas de lithiase ou pyélonéphrite, il ne nous a fait défaut.

Certains de ces caractères ont été constatés antérieurement à notre travail par différents auteurs, dans les affections capables de le provoquer; particulièrement, le rejet de la tête en arrière, son évolution suivant celle de l'accident aigu, causal, son absence pendant l'état de santé, sa réapparition au cours d'une crise nouvelle. Nous n'avons jamais vu décrit la mydriase et l'érythroïse faciale.

Enfin, certains caractères la différencient nettement de la névralgie phrénique décrite par le Professeur Chauffard dans la lithiase biliaire.

1° Jamais le malade ne se plaint de la moindre douleur spontanée.

2° Jamais nous n'avons constaté de diffusion dans le moignon de l'épaule.

3° Jamais la douleur ne peut être réveillée à la pression des autres points phréniques.

En résumé, la constance de ce point phrénique, ses caractères bien définis, la facilité de sa recherche, en font, à notre avis, un signe important, une irradiation haute, à ajouter aux irradiations basses, classiques de la douleur rénale. Ces irradiations sont un appoint important dans le diagnostic des affections douloureuses de l'abdomen, en raison de la proximité des points douloureux, hépatiques, duodénaux, pyloriques et rénaux.

Les douleurs rénales, en effet, doivent souvent être différenciées de ces douleurs hépatiques, duodénales et même pyloriques. « On pourrait croire que les douleurs rénales sont trop précises, trop nettement localisées pour prêter à erreur. Il n'en est rien. Quand elles ont pour siège le rein droit, elles sont parfois et probablement plus souvent qu'on ne le croit confondues avec les douleurs pyloriques » (1). Le point phrénique, il nous semble, pourra donc aider au diagnostic causal de ces douleurs, c'est ce que nous voulons maintenant étudier.

(1) LÆPER. — Leçons de pathologie digestive, 1914. Diagnostic des douleurs tardives.

CHAPITRE IV

Valeur diagnostique du Point cervical dans les affections sous-diaphragmatiques

Nous avons rejeté à dessein de notre diagnostic les affections de l'étage sus-diaphragmatique. Il est évident, en effet, que sauf des cas exceptionnels, la névralgie phrénique, de cause thoracique ne prête pas à discussion. Les affections du thorax qui peuvent être en cause (compressions, abcès, cancers du poumon, anévrysmes de l'aorte, adénopathies, leucémies, pleurésies apicales ou diaphragmatiques, péricardites) ont des signes propres, bien différents de ceux des affections abdominales, qui peuvent être en cause.

D'autre part, la névralgie phrénique qu'elles provoquent, a des signes bien plus nombreux. C'est un véritable syndrome, bien différent du point cervical. Comment confondre, en effet, notre point phrénique avec ce syndrome, même serait-il incomplet : dyspnée intense et douloureuse, douleur s'accompagnant de toux qui l'augmente, hoquet; la sensibilité de tous les points phréniques, l'immobilisation d'un côté de l'abdomen, le rire sardonique parfois, la disparition du réflexe diaphragmatique.

Il faut que ce syndrome soit bien incomplet, que l'affection thoracique qui le provoque emprunte des signes abdominaux pour qu'une erreur soit possible. Certains cas de cancer de l'œsophage, par exemple, ou quelques formes spéciales de péricardites chroniques, les symphyses péricardopérihépatiques peuvent faire errer le diagnostic. Ce sont des exceptions auxquelles sans doute le clinicien doit songer, mais qui restent en partie négligeables dans la pratique.

La vraie difficulté réside dans le diagnostic des affections douloureuses de l'abdomen ; il s'agit de savoir si le point phrénique que nous décrivons dans la lithiase rénale et les pyélonéphrites compliquera ou facilitera la solution de ce problème et dans quelle mesure.

a) La présence de ce point dans ces deux affections rénales semble *à priori*, devoir faciliter le diagnostic, quand il s'agira d'éliminer certaines maladies qui ne s'en accompagnent jamais et qui peuvent simuler, soit les coliques néphrétiques, soit la lithiase rénale.

b) Par contre, ce signe nouveau dans la sémilogie du rein semble compliquer le diagnostic de ces deux affections rénales d'avec la lithiase biliaire et l'ulcère du duodénum, qui peuvent le provoquer ; le point phrénique étant considéré jusqu'alors, comme un excellent élément de diagnostic pour ces cas là. Nous verrons qu'il n'en est rien et qu'au contraire le point phrénique décrit par le Professeur Chauffard garde toute sa valeur diagnostique.

Rappelons que le point cervical a été décrit dans la lithiase biliaire, les cholécystites et les péricholécystites, dans les ictères infectieux, et plus rarement dans les abcès, cancers et kystes hydatiques du foie.

Dans les ulcères et cancers du duodénum, de l'estomac, au cours des perforations des ulcus duodénaux, dans les périsécérites (périduodénite, péricolite dans l'appendicite chronique).

Enfin, à ces affections, nous ajoutons la lithiase rénale et les pyélonéphrites.

Certains viscères, pancréas et rate, ne semblent pas pouvoir être à l'origine du point cervical. Toutes les affections des organes qui peuvent être à l'origine du point cervical (foie, vésicule, duodénum, estomac, rein) ne le provoquent pas.

Signalons enfin la possibilité de sa présence dans certaines irritations sympathiques, qu'elles soient isolées, ou accompagnées de lésion organique.

Nous allons envisager ces diagnostic, dans le cas d'affections douloureuses siégeant à droite; c'est le cas le plus important, le plus délicat; nous terminerons par un mot sur le cas de douleur du côté gauche de l'abdomen.

1° Diagnostic avec les affections abdominales, s'accompagnant de douleur, mais sans point phrénique.

Certaines lésions pancréatiques peuvent simuler un accident aigu de lithiase rénale ou une pyélonéphrite, les pan-

créatites aiguës, certains débuts, rare, il est vrai, de cancer du pancréas, la lithiase pancréatique.

Des coliques néphrétiques, dramatiques par leur début, peuvent être confondues avec un empoisonnement, un accident aigu d'insuffisance surrénale, une occlusion intestinale, une thrombose des veines mésentériques, une rupture d'un kyste de l'ovaire, une perforation.

Le diagnostic peut être délicat d'avec une crise de tabes, une colique intestinale, une colique de plomb, certains rhumatismes, lumbago, psoriasis, sciatique, un mal de Pott, une coxalgie.

Dans toutes ces affections que nous venons d'énumérer, la valeur diagnostique du point cervical nous semble devoir attirer l'attention; celle-ci est encore plus grande en cas de névralgie cléido-lombaire. Quand on constate de façon nette les points lombaire, iliaque, hypogastrique, inguinal, le problème est encore relativement facile; mais souvent, il n'en est rien, et malgré quelques caractères sur lesquels ont insisté certains auteurs, point plus nettement limité, pas de douleur à la percussion dans la névralgie cléido-lombaire, il est difficile de différencier cette affection d'une colique néphrétique. Dans les deux cas, l'origine de la douleur est la même, les irradiations identiques vers le scrotum, la vulve, les membres inférieurs. Dans ces faits là, l'appoint du point cervical nous semble important pour résoudre le problème; nous faisons la même remarque pour les névralgies rénales idiopathiques, décrites

particulièrement par le Professeur Legueu et dans la ptose du rein.

Le point cervical a été signalé dans l'appendicite; aucun auteur ne l'a signalé à nouveau, nous-mêmes avons eu l'occasion de le rechercher et sans succès.

Il faut attendre, croyons-nous, des faits cliniques nouveaux et plus nombreux pour connaître la valeur exacte de ce signe dans l'appendicite.

Enfin, jamais encore, le point cervical n'a été signalé dans les cancers du rein, la tuberculose rénale, la congestion rénale, l'hydronéphrose intermittente, douloureuse et le rein mobile, la néphrite et la périnéphrite. Le point cervical aurait donc une grande valeur ici, le diagnostic de ces affections avec la colique néphrétique, et la pyélonéphrite étant extrêmement délicate.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner cette catégorie de malades; mais rien ne s'oppose à ce que l'on trouve dans ces cas le point phrénique; au contraire même, il est logique de penser qu'on le trouvera : « Le plexus rénal manifeste ses irritations quelle que soit la cause, sous une forme toujours identique » (1), la douleur que l'on trouve au point cervical ayant son origine dans le plexus rénal; ces différentes lésions rénales irritant ce plexus, sont capables, à notre avis, de provoquer le point cervical.

(1) Cité par MARSAN. — Les néphrites et périnéphrites douloureuses.
Thèse, Paris, 1910.

En résumé, dans tous les problèmes que nous venons d'étudier, il nous semble, que le point phrénique est un bon élément de diagnostic, que l'on doit systématiquement rechercher.

2° *Certaines affections douloureuse abdominales s'accompagnent d'un point cervical (lithiase biliaire et ulcère duodénal en particulier). Le diagnostic entre elles, et la lithiase rénale et les pyélonéphrites sera-t-il facilité du fait de la présence du point cervical dans ces dernières ?*

Il faut, à notre avis, envisager différents cas cliniques :

a) *Lithiase biliaire et lithiase rénale*

Dans certains cas, le départ est facile à faire entre la colique hépatique et la colique néphrétique. Parfois, en effet, ces deux affections sont bien différentes :

La colique hépatique est une douleur brusque, spontanée, intense, nocturne, paroxystique, siégeant dans le flanc droit, mais exclusivement en avant, au niveau de la région hépatique et vésiculaire; ses irradiations sont ascendantes vers l'épigastre, l'épaule. Plus tard, la recherche des points douloureux (point épigastrique, vésiculaire, de la XI^e côte, pancréatique, cholédocien), l'apparition d'un ictère, du calcul dans les selles font le diagnostic.

La colique néphrétique est également brusque, spontanée, intense, paroxystique; elle est plus souvent diurne, la douleur part de la fosse lombaire, ses irradiations sont des-

cendantes vers la vessie, l'extrémité pénienne, s'accompagne de rétraction scrotale. Plus tard, la recherche des points urétéraux, l'apparition d'une hématurie, du calcul dans les urines, font le diagnostic.

Dans ces cas, le point phrénique, est un signe qui présente évidemment peu d'intérêt.

Mais parfois, les signes sont moins nets, le siège de la douleur, en raison de l'intensité de celle-ci, plus difficile à retrouver; l'examen du malade difficile et même contre-indiqué, en raison de l'état de souffrance de celui-ci.

C'est, croyons-nous, dans ces cas que la recherche du point cervical présente un intérêt diagnostic; dans ces deux affections, on pourra le trouver, mais il n'est pas le même, et présente des caractères bien distincts.

Nous connaissons les caractères du point cervical de cause rénale, voici ceux de ce même point dans la colique hépatique :

La douleur est spontanée au niveau du sterno-mastoïdien, et s'accompagne de sensibilité pénible du moignon de l'épaule; on constate également à la palpation des points douloureux au niveau de l'épaule, du scapulum, et parfois aux autres points phréniques (x^e côte, demi-ceinture douloureuse).

La différenciation est donc aisée, et partant le diagnostic plus facile.

Nous dirons la même chose pour le diagnostic de la cho-

lécystite chronique, et de la lithiase rénale, en dehors de toute crise aiguë.

Il nous faut rappeler la possibilité, encore relativement fréquente d'association des deux lithiases; il faudra y songer, et devant un malade présentant une colique néphrétique s'accompagnant d'un point cervical, il faut examiner le foie, et la vésicule biliaire, par la clinique, le laboratoire, la radiographie.

Au cours de nos recherches, notre intention était de vérifier, dans chaque observation, par la radiographie, l'intégrité du foie; nous avons pu le faire dans deux cas; mais l'âge de nos malades ne nous a pas permis de le faire aussi souvent que nous l'aurions voulu. Nous n'avons pu faire cette recherche que par l'étude clinique, la recherche des antécédents qui, d'ailleurs, présentent une certaine valeur, en raison du grand âge de la plupart de nos malades.

b) *Lithiase rénale et ulcère du duodénum*

Nous ne parlons que de l'ulcère du duodénum, les auteurs qui ont décrit le point cervical dans les ulcus, ayant surtout remarqué sa fréquence dans la localisation duodénale de ceux-ci dans l'ulcère « de Bucquoy ».

A priori, ce diagnostic peut sembler assez facile; en réalité, s'il est souvent aisé, il peut être très délicat, comme le fait remarquer Lœper (1) : « le rein lithiasique à la période

(1) LœPER. — Leçons de pathologie digestive, 1914. Diagnostic des douleurs tardives.

de latence relative, devient parfois douloureux dans le cours de la digestion, et en général, à la fin de cette digestion, aussi bien la nuit que le jour », elle pourra donc donner lieu à des douleurs « pseudo-pyloriques ».

D'autre part, le rein lithiasique peut déterminer de vraies « crises pyloriques par spasme » ressemblant à s'y méprendre aux crises d'ulcères du duodénum.

Certains signes cliniques sont de grande valeur diagnostique, l'horaire régulier des douleurs duodénales, l'influence des aliments, de certains médicaments, la présence possible de melæna, l'examen par les radiographies en série ; mais à ces signes, nous croyons qu'on peut ajouter le point cervical.

Dans les deux cas, le point cervical présente les mêmes caractères, mais comme l'ont fait remarquer Cade et Parturier, *il siège à gauche*, dans l'ulcère du duodénum. Par conséquent, au cours de l'ulcus duodénal, on aura l'association de douleur abdominale droite et de point cervical gauche ; au cours de la lithiase rénale et des pyélonéphrites, la douleur abdominale et le point phrénique siègent à droite tous les deux.

c) *Cholécystite chronique et ulcère du duodénum*

Pour juger de la valeur générale du point phrénique dans les affections de l'abdomen, il nous faut également discuter ce problème.

De tous les diagnostics que nous venons d'envisager, c'est le plus difficile, tout particulièrement quand la périduodénite complique l'ulcus, quand la cholécystite chronique s'accompagne de poussées évolutives.

Certains caractères différentiels ont une grande valeur ; les auteurs ont insisté sur l'importance, dans la cholécystite chronique de l'horaire nocturne de la douleur qui s'accompagne de nausée, de frisson, d'une poussée thermique, et de subictère, du trauma, de l'action nocive des œufs dans le déclenchement de la douleur, de l'inefficacité du bismuth sur celle-ci, de la diarrhée prandiale, de l'absence de mælena, du procédé de la pesée à double orientation, du signe de Murphy, de la réaction douloureuse du visage, et de l'état nauséux que provoque la palpation de la région vésiculaire.

L'examen radiographique, l'examen des selles, des urines, le tubage duodénal, l'hypercholestérolémie sont autant de signes capables de faciliter le diagnostic.

Nous n'avons pas la prétention de donner une plus grande valeur au point cervical, cependant, dans une petite part, nous croyons qu'il peut rendre des services au clinicien. La cholécystite provoquera des douleurs dans le côté droit de l'abdomen, un point cervical droit, avec irradiations de l'épaule, et les caractères de la névralgie phrénique de la colique hépatique.

L'ulcère du duodénum, nous l'avons déjà vu, provo-

quera, un point douloureux cervical, gauche, à caractères différents de la névralgie phrénique hépatique, et des douleurs abdominales à droite.

d) *Cas plus rares : le point cervical de la perforation de l'ulcère du duodénum.*

Le point cervical a été signalé dans des cancers de l'estomac, dans certaines affections hépatiques, autre que la lithiase, dans la périoduodénite. Ces cas sont plus rares, et ne pourront être étudiées avec profit seulement, quand la clinique aura montré la véritable valeur qu'il faut attribuer à ce signe dans ces cas là.

Costa et Troisier, l'ont décrit dans les ictères, mais en général, le diagnostic est aisé dans ces formes.

Il est un cas un peu spécial : ce sont les faits signalés par Desmarest, qui attribue une grande valeur diagnostique à la recherche de ce point dans les perforations abdominales, pour la recherche de leur cause.

« J'estime qu'il faut rechercher avec le plus grand soin... les douleurs à localisation thoracique et scapulaire, rechercher les points douloureux *sus-claviculaires* et celui du moignon de l'épaule, car, noter leur existence c'est du même coup pouvoir affirmer le siège de la perforation au niveau de la face antérieure du duodénum, sur la face antérieure du foie ; ces douleurs sont, en effet, l'expression clinique de l'irritation du péritoine sous-hépatique ; ce sont des douleurs sem-

blables à celles des poussées inflammatoires sous-hépatiques secondaires à une inflammation de la vésicule » (1).

c) *Les affections sympathiques et le point cervical*

Distinguer les douleurs véritablement organiques du tube digestif et celles qui ressortissent à une simple hyperesthésie des plexus sympathiques de l'abdomen est extrêmement difficile. Lœper (2), dans une étude sur ce sujet montre l'importance des plexus sympathique dans la pathogénie de la douleur de certaines affections abdominales, il a montré la possibilité d'irradiations multiples des douleurs sympathiques « le long des espaces intercostaux inférieurs *derrière la clavicule*, et au devant des *vertèbres cervicales*, les *points cervicaux* sont même particulièrement fréquents dans nos observations ».

Le point cervical dans ce cas ne facilite pas les choses, au contraire, et seule une étude approfondie du malade, de la maladie pourra permettre d'établir un diagnostic.

La présence à gauche du point cervical, s'accompagnant de douleur abdominale gauche, est d'un intérêt diagnostic bien moins grand; s'il existe, en effet, un point cervical gauche dans l'ulcère du duodénum, les douleurs dans ces cas siègent à droite; la discussion ne peut être possible que dans les cas d'ulcère de la petite courbure, présentant un point gauche,

(1) DESMAREST P. M. — Douleurs thérapeutiques de la perforation des ulcères du duodénum, 25 septembre 1926.

(2) LœPER. — Leçons de pathologie digestive, 1911, chapitre X.

et des douleurs à irradiation se dirigeant du côté gauche de l'abdomen. Or, les cas sont rares d'ulcus de la petite courbure s'accompagnant de point phrénique.

En résumé, nous croyons que la valeur diagnostique du point cervical mérite considération ; ce n'est évidemment pas sur ce seul signe qu'un diagnostic pourra être affirmé « la valeur clinique d'un point douloureux dépend de la netteté avec laquelle on le constate et le localise, et aussi ce qui complique souvent les choses de la réaction nerveuse du sujet. Le point douloureux, c'est le signal d'alarme, mais il est rare qu'à lui seul il permette le diagnostic ferme, il a besoin d'être corroboré par des constatations réitérées, par la recherche aussi d'autres signes associés » (1).

Cette remarque du Professeur Chauffard est la meilleure conclusion de notre chapitre, croyons-nous.

(1) CHAUFFARD, — La lithiase biliaire

CHAPITRE V

Notions anatomiques et essai de pathogénie du point cervical

Il nous faut pour étudier la pathogénie du point cervical, rappeler quelques notions d'anatomie, décrire la région située entre les deux chefs, du muscle sterno-cléido-mastoïdien, montrer le trajet du phrénique, du pneumogastrique, du sympathique, rappeler la formation du plexus solaire, et les origines des nerfs du rein.

I. — RAPPELS ANATOMIQUES :

1.° Région du point cervical

Les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien, chef sternal et chef claviculaire, le bord supérieur de la clavicule délimitent un triangle, que certains auteurs appellent triangle de Sedillot. A ce niveau, dans la profondeur, passe l'artère sous-clavière ayant au devant d'elle la veine sous-clavière. Le nerf phrénique qui vient de quitter le bord antérieur du muscle scalène antérieur, son muscle satellite, va glisser entre l'artère sous-clavière en arrière, la veine en avant, donnant une anastomose au ganglion cervical inférieur

du sympathique, qui passant sous l'artère sous-clavière forme une première anse nerveuse.

En dedans de ce nerf descend le cordon sympathique cervical qui forme une deuxième anse, l'anse de Vienssens.

Plus en dedans, le pneumogastrique descend dans l'angle droit ouvert en arrière que forment la carotide primitive et la jugulaire interne, il abandonne le nerf récurrent (du côté droit) qui forme la troisième anse nerveuse.

Plus profondément et en dedans, situé dans la fosse sus-rétro-pleurale de Sébilleau, le ganglion inférieur du sympathique.

2° *Trajet et terminaison de ces nerfs*

a) *Les phréniques* pénètrent dans le thorax ; de chaque côté, le nerf présente un trajet différent ; ils descendent sur la face interne des plèvres médiastines, atteignent le centre phrénique du diaphragme où ils se terminent.

Le droit se divise en deux branches, *l'une antérieure* ou thoracique, donnant des filets musculaires, et un filet qui se distribue au revêtement péritonéal du diaphragme, à la séreuse du foie ; *l'autre postérieure* ou abdominale donnant des filets musculaires, et un filet allant au plexus phrénique et au ganglion phrénique ; le plexus est constitué par une branche du nerf phrénique, des filets du sympathique, des filets des cinq ou six derniers intercostaux ; il donne plusieurs filets, entre autres, des filets pour le foie et ses enveloppes, pour le plexus solaire.

Le gauche se divise en trois branches (antérieure, latérale, musculaire, et le filet phréno-abdominal gauche qui s'étale sur la face inférieure du diaphragme, parfois formant un véritable plexus gauche, donnant des filets au ganglion semi-lunaire gauche.

Le phrénique s'anostomose avec le sympathique cervical par un ou deux filets.

b) *Le pneumogastrique*

Les pneumogastriques s'engagent également dans le thorax, et par des trajets différents à droite et à gauche atteignent l'orifice œsophagien du diaphragme, le gauche va alors cheminer en avant de l'œsophage, le droit en arrière; ils se ramifient au niveau de l'estomac, de plus, le droit donne un filet terminal allant au ganglion semi-lunaire droit, le gauche donne un filet hépatique.

c) *Le cordon sympathique*

Nous avons vu son trajet dans sa portion cervicale; dans le thorax il se continue, et des six, sept, huit, neuf ganglions thoraciques naît le grand splanchnique qui va se jeter dans le ganglion semi-lunaire correspondant, des dix, onze, douze ganglions thoraciques naît le petit splanchnique qui se termine en partie dans le ganglion semi-lunaire correspondant, le plexus coélique et le plexus rénal.

3° Plexus solaire

Le plexus solaire, plexus nerveux très important est constitué par des filets venant des nerfs splanchniques des pneumogastriques droit et gauche du premier ganglion lombaire. Il comprend plusieurs paires de ganglions.

a) *Les ganglions semi-lunaires* : le droit reçoit par son bord externe, le grand splanchnique ; par son bord interne, la branche terminale du pneumogastrique droit ; ces deux nerfs formant l'anse de Wrisberg ; par son bord concave, le phrénique ; par son bord convexe le petit splanchnique. Le gauche a la même disposition en exceptant le filet du pneumogastrique. Certains auteurs, il est vrai, le décrivent également.

b) *Les ganglions aortico-rénaux*, anastomosés entre eux et avec les ganglions semi-lunaires ; ils reçoivent la presque totalité du petit splanchnique.

c) *Les ganglions mésentériques supérieur*, anastomosés entre eux et avec les ganglions aortico-rénaux.

Du plexus solaire naissent les plexus diaphragmatiques, surrénaux, coélique, rénaux, spermatique et lombo-aortique.

4° Plexus rénal et nerfs du rein

Les nerfs du rein viennent du petit splanchnique, du cordon lombaire du sympathique et des plexus rénaux formés par des filets du ganglion aortico-rénal, du nerf rénal postérieur, du petit splanchnique, du premier ganglion lombaire

du plexus aortico-abdominal. Ils s'anastomosent avec les plexus surrénaux et spermatique.

D'autre part, nous avons vu les rapports des plexus rénaux avec les plexus mésentériques, aortico-rénaux et solaire. Ceux-ci se trouvent donc anastomosés avec le sympathique, le phrénique et le pneumogastrique.

Ces nerfs rénaux, auxquels sont annexés de petits ganglions, se rendent aux reins; à ces fibres, Papin ajoute des fibres isolées venant du plexus rénal, du plexus sous-diaphragmatique et qui atteignent le rein après avoir perforé la capsule d'enveloppe.

Ainsi, voyons-nous par ce rappel rapide de quelques notions anatomiques les connections du phrénique avec le sympathique et le pneumogastrique, des nerfs des plexus rénaux avec le plexus solaire et par conséquent, avec le phrénique, le sympathique et le pneumogastrique. Remarquons également les rapports étroits des terminaisons du phrénique avec la séreuse hépatique. C'est en raison de ces anastomoses que la douleur, née au niveau des nerfs rénaux, remonte jusqu'au point cervical. Nous allons essayer de montrer le chemin qu'elle peut suivre.

II. — PATHOGÉNIE :

Quand le doigt palpe le triangle de Sédillot, il peut rencontrer le phrénique, le x, le sympathique, ces trois nerfs à la fois, ou l'un d'eux seulement; il faut appuyer plus profon-

dément pour atteindre le ganglion cervical inférieur du sympathique. Ces trois nerfs ont été accusés d'être à l'origine de la douleur réveillée au point cervical.

Certains, ont incriminé le pneumogastrique. Parturier rappelle cette opinion du Professeur Quénu : « Ce point sensible, réveillé par la pression au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, pourrait bien être, suivant la remarque du Professeur Quénu, un point pneumogastrique » (1).

Dubard incrimine également le pneumogastrique, qu'il soit atteint ou par névrite ou par adénopathie au cours de l'ulcère de l'estomac.

Au contraire, Paviot, J. Troisier et Desmarest considèrent ce point comme l'expression clinique de l'irritation du phrénique, conséquence d'une péritonite localisée à point de départ vésiculaire et hépatique.

Pour G. Couturier, c'est le sympathique qui est le nerf lésé; dans sa thèse, il appuie son hypothèse sur différentes raisons. Il rappelle les irritations douloureuses fréquentes des plexus abdominaux, et leurs points douloureux (point de Ch. Roux épigastrique correspondant exactement à la projection sur la paroi des ganglions coeliaques; point de Morriss para-ombilical; point de Lœven, épanouissement du plexus lombos-aortique) (2).

(1) PARTURIER. — *Revue de Chirurgie*, avril 1919.

(2) COUTURIER. — *Sémiologie : des points douloureux cervicaux dans les affections de l'étage supérieur de l'abdomen. Thèse*, Lyon, 1918-19.

Enfin, Lœper, au contraire, met en cause les ganglions cervicaux, moyen et inférieur du sympathique : « on peut se demander s'il ne faut pas les (les points cervicaux) attribuer plutôt à l'irritabilité des ganglions cervicaux, inférieur et moyen, qu'à celle du phrénique » (1).

A notre avis, le point cervical n'a pas toujours et dans chaque cas, la même pathogénie; cliniquement, nous avons pu différencier la névralgie phrénique de la colique hépatique de celle rencontrée au cours des ulcères du duodénum, de la lithiase rénale et des pyélonéphrites. Peut-être, leur distinction clinique s'explique-t-elle par une pathogénie différente.

1° *Névralgie phrénique d'origine hépatique*

Dans les lésions hépatiques et péri-hépatiques, les terminaisons du nerf phrénique sont directement atteintes, réagissent aussitôt; la douleur, qui en résulte, chemine tout le long du tronc du nerf et de ses branches. L'expression clinique de cette irritation se manifeste par des douleurs tout le long du phrénique, douleurs spontanées et provoquées, et plus particulièrement là, où ce nerf est le plus accessible, c'est-à-dire, au point cervical et à la dixième côte. D'autre part, jamais dans ce cas, la mydriase ou l'érythrose faciale, pense Desmarest.

(1) LœPER. — Leçons de pathologie digestive, 1911. Points douloureux de l'abdomen

Cette hypothèse, soutenue par différents auteurs, semble donc assez logique en raison de ces rapports anatomiques et de ces faits cliniques; elle paraît expliquer également le point cervical au cours des perforations du duodénum, comme le pense Desmarest.

2° Névralgie phrénique d'origine rénale

Ici, le phrénique est loin de l'organe lésé; pour expliquer son irritation, il faut donc invoquer tout un système d'anastomoses (nerf rénal, ganglion aortico-rénal, ganglion semi-lunaire phrénique) en admettant d'ailleurs que la douleur passe directement de nerf à nerf; alors que certains auteurs décrivent un trajet plus complexe par la moëlle dorsale.

Peut-être est-il plus logique et plus simple d'expliquer cette irradiation par l'irritation du sympathique.

La douleur rénale naît des filets nerveux comprimés dans la capsule rénale, de là, chemine vers le plexus rénal. « Les anastomoses du plexus rénal avec le plexus urétéral, expliquent les irradiations vers le trajet de l'uretère, les anastomoses du plexus rénal avec le plexus spermatique expliquent encore les irradiations qui se font dans la sphère génitale » (1). Pourquoi les anastomoses du plexus rénal avec les plexus aortico-rénaux et solaire n'expliqueraient-elles pas la douleur cervicale sans qu'il soit utile de passer par le phrénique; il

(1) LEGUEU. — Névralgies rénales.

Il faudrait alors admettre que c'est le sympathique ou son ganglion que l'on atteint en palpant le point cervical.

Le trajet de la douleur serait le suivant : nerf rénal, plexus rénal, plexus aortico-rénal, petit splanchnique, cordon sympathique thoracique et cervical.

Head et Boss, qui ont étudié la valeur du sympathique dans les viscéralgies, expliquent le trajet de la douleur d'une façon plus complexe.

Head a constaté, en effet, que certains territoires de « sensibilité spéciale » suivaient le trajet de groupes de fibres correspondant à différents segments de la moëlle et en rapport avec la distribution sensitive du grand sympathique. Les filets sympathiques cutanés centripètes des organes altérés transmettent aux segments médullaires dont ils sont tributaires, l'excitation qu'ils subissent, de ce même segment médullaire partent des racines sensitives cutanées le long desquelles s'irradie la douleur et aboutissent en des territoires fixes formant des zones hypéralgiques.

Head a décrit certaines de ces zones, leur lieu et les organes avec lesquelles elles semblaient en rapport. Parmi celles-ci, il décrit la zone sternale comme étant en rapport avec des affections du thorax et de l'abdomen.

Nous avons déjà signalé que Lœper avait découvert très fréquemment le point cervical au cours des réactions des plexus sympathiques, lui-même estime que ce serait le ganglion cervical inférieur qui serait en cause; d'autre part, il

remarque que ces points cervicaux rencontrés par lui siègeaient souvent à gauche. Or, l'ulcus du duodénum, s'accompagne du point cervical gauche; l'anatomie et la similitude clinique nous font croire que la pathogénie du point cervical des ulcères du duodénum serait celle que nous envisageons pour le point phrénique des lésions rénales.

Cette façon de comprendre le problème permettait d'expliquer plus facilement qu'en envisageant la participation phrénique, la mydriase et l'érythrose faciale, phénomènes sympathiques, que nous avons trouvés parfois associés au point douloureux cervical.

Il serait intéressant de rechercher si ces deux signes se trouvent associés au point cervical dans l'ulcère du duodénum, puisqu'à notre avis, la pathogénie serait la même dans les deux cas. Pour notre part, nous connaissons un malade qui, atteint d'ulcère du duodénum, présente ces trois phénomènes réunis.

Si l'on incrimine le phrénique, au contraire, ces phénomènes ne pourraient s'expliquer que par l'anastomose de ce nerf avec le sympathique, anastomose que certains auteurs disent n'avoir jamais rencontrée.

En résumé, nous croyons que le phrénique est directement en cause dans le point cervical des lithiases biliaires et dans la perforation de l'ulcère du duodénum; que le sympathique est le nerf atteint dans les lésions rénales et dans l'ulcère du duodénum.

Conclusions

1° Le point phrénique déjà décrit dans la lithiasé biliaire, les ictères infectieux, les ulcères du duodénum, doit être, selon nous, recherché au cours de la lithiasé rénale et des pyélonéphrites; les observations que nous relatons, montrent sa constance et la fixité de ses caractères.

2° Ce point est facile à rechercher, entre les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien; la palpation à ce niveau provoque une douleur qui peut s'accompagner, si elle est intense, de rejet de la tête en arrière; à ce signe, peuvent s'associer de la dilatation pupillaire et de l'érythrose faciale. Cette douleur et les phénomènes qui peuvent l'accompagner, siègent du côté du rein malade; si la lésion est bilatérale, la douleur sera réveillée également à droite et à gauche; son évolution suit rigoureusement celle des douleurs urétérales et rénales.

Ces différents caractères donnent à ce signe, d'après notre étude, une valeur sémiologique qui mérite d'être considérée.

3° a) Le diagnostic de certaines affections sous-diaphragmatiques, simulant la colique néphrétique ou la pyélonéphrite,

est souvent délicat ; l'absence de point cervical dans celles-ci, est donc un bon élément de diagnostic.

b) Le foie, le duodénum et le rein peuvent provoquer le point phrénique ; c'est par ses caractères cliniques différents, sa localisation homologue ou croisée, que l'on pourra retrouver l'organe en cause.

Nous venons de rappeler ses caractères dans les affections rénales ; au cours de la lithiase biliaires, la névralgie phrénique s'accompagne de douleurs spontanées au niveau de la clavicule et du moignon de l'épaule ; la palpation réveille la douleur souvent en d'autres points du nerf phrénique ; les caractères différents permettent de rapporter au rein ou au foie, le point phrénique.

L'ulcère du duodénum provoque un point phrénique semblable à celui que nous décrivons dans notre travail, mais il siège de façon presque constante à gauche, alors que l'ulcus se manifeste cliniquement par des douleurs prédominant du côté droit de l'abdomen ; le point cervical est donc croisé, fait que nous n'avons jamais constaté au cours de la lithiase rénale et des pyélonéphrites.

Enfin, la localisation et les caractères du point phrénique sont nettement différents au cours de la lithiase biliaire et de l'ulcère du duodénum.

4° Les auteurs qui ont décrit ce signe, ont recherché sa cause dans l'irritation du phrénique, du pneumogastrique ou du sympathique ; le nerf mis en cause étant capable d'expli-

quer tous les cas, que le point phrénique soit provoqué par un ulcus duodénal, une lithiasé biliaire ou un ictère.

Il nous semble qu'on ne peut pas invoquer la même pathogénie pour tous les cas, cela en raison de faits anatomiques et cliniques, et pour nous :

a) Le phrénique serait le nerf responsable au cours de la lithiasé biliaire, des ictères, des péricholécystites, de la perforation de l'ulcère du duodénum, en raison des rapports anatomiques étroits des terminaisons de ce nerf avec le péritoine de la région sous-hépatique, en raison de certains caractères cliniques, et en raison de l'absence de mydriase et d'érythrose faciale.

b) Ce serait, au contraire, le nerf sympathique qu'il faudrait incriminer dans les ulcères duodénaux, dans la lithiasé rénale et les pyélonéphrites. Ces organes entrent en rapport beaucoup plus avec le sympathique qu'avec le phrénique; la clinique montrant la grande irritation de ce nerf au cours des lésions viscérales; les caractères du point phrénique qui sont les mêmes, que ce soit le duodénum ou le rein, l'organe en cause, sont nettement différents de la névralgie phrénique, d'origine hépatique; enfin, nous avons trouvé souvent associées au point phrénique la mydriase et l'érythrose faciale, preuves de l'atteinte du sympathique. Ces deux phénomènes, si l'on admet l'hypothèse du phrénique, ne pourraient s'expliquer que par l'anastomose allant du ganglion cervical inférieur du sympathique au phrénique, anastomose que certains anatomistes disent ne pas avoir rencontrée.

Vu le Doyen, Vu le Président,
ROGER. PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. CHARLÉTY.

Bibliographie

- ACHARD et FEUILLÉ. — Pyélonéphrite gravidique. *Soc. Méd. Hop.*, juin 1912.
- ALBARRAN. — Tuberculose rénale. *Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet*, vol. VIII.
- Pathogénie des périnéphrites. *Soc. Biol.*, 29 juin 1889.
- Les signes et le traitement de la pyélonéphrite gravidique. *Journal des praticiens*, 1907, p. 243.
- Le rein des urinaires. *Th. Paris*, 1884.
- AUSTIN. — Diagnostic de l'ulcère duodénal. *New-York Méd. Journ.*, 18 nov. 1916. P. M., 1917, p. 397.
- BAJAT. — Contribution à l'étude de la douleur de l'ulcère duodénal. *Th. Lyon*, 22-23.
- BEZANÇON, LABBÉ, BERNARD, SICARD. — *Précis de pathologie interne*.
- BINET. — Le syndrome clinique de la lithiase biliaire. *Arch. des Mal. de l'app. digestif*, 1921.
- BOEDA. — Pyélonéphrite chez la femme en état de gestation. *Th. Paris*, 1920.

CADE. — *Lyon Médical*, septembre 1925.

— *Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin*
(collection Testut).

CADE et PARTURIER. — Les points douloureux de la base du
cou et leur valeur sémiologique dans les affec-
tions abdominales. *Revue de Méd.*, 1919, p. 495.

CAILLÉ. — Diagnostic clinique de l'ulcère de l'estomac et de
l'ulcère du duodénum. *Th. Paris*, 1913^e1914.

— Diagnostic de certaines formes de localisation de
l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Th. Paris*,
1924.

CARLES. — Maladie des reins.

CARNOT, HARVIER, MATHIEU. — Les ulcères digestifs, 1922.

CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT, FRIEDEL. — Les périviscéri-
tes digestives, 1925.

CARNOT, HARVIER, FRIEDEL, LARDENNOIS. — Les colites,
1923.

CASTAIGNE. — Les maladies du rein.

CHAUFFARD. — Leçons sur la lithiase biliaire, 1914.

— La lithiase biliaire, 1922.

— Formes douloureuses des kystes hydatiques du
foie. *Annales de Méd.*, décembre 1927.

CHIRAY. — Les trois cholécystites chroniques. *J. Méd. Fr.*,
mai 1923.

CHIRAY et LEBON. — Le tubage duodénal. Masson, 1924.

- COLOMBIER. — Examen radiologique des voies biliaires, 1914.
- COSTA et TROISIER. — Le point phrénique dans les ictères infectieux. *Soc. Méd. Hôp.*, 28 juillet 1916.
- COUTURIER. — Sémiologie des points douloureux cervicaux dans les affections de l'étage supérieur de l'abdomen. *Th. Lyon*, 1918-1919.
- COUVELAIRE. — Des pyélonéphrites dites gravidiques. *Journ. Méd. Franç.*, mai 1922.
- DEBOVE et RENAULT. — Ulcère de l'estomac.
- DEJERINE. — Sémiologie du système nerveux.
- DE LUNA. — Diagnostic et traitement des syndromes duodénaux. *J. de Méd. et Chirurgie pratique*, 10 avril 1922.
- DESMAREST. — Douleur thoracique dans les perforations de l'ulcère duodénal. *P. M.*, 25 septembre 1926.
- DEVÉ. — Kyste hydatique du foie et lithiase biliaire. *Soc. Biol.*, mai 1919.
- DUBARD. — Le signe du pneumogastrique. *Lyon Chir.*, mai-juin 1918.
- Ulcère gastroduodénal et appendicite chronique. *Lyon Chir.*, mai-juin 1918.
- DUBRISAY et JEANNIN. — *Précis d'obstétrique*.
- DURUY. — Formes anatomo-cliniques des cholécystites calculeuses. *G. H.*, 1925, 11 juillet, n° 55.

- DUVAL. — *Congrès de Chirurgie*, 1920.
- DUVAL, GÂTELLIER, BÉCLÈRE. — Etude radiologique des voies biliaires, normales et lithiasiques. *Arch. des Mal. de l'app. digestif*, décembre 1922.
- DUVAL, ROUX, BÉCLÈRE. — Radiologie clinique du tube digestif, 1927.
- H. ELIOT. — Symptômes et diagnostic de la lithiasé rénale. *G. H.*, n° 41, mai 1922.
- ENRIQUEZ et G. DURAND. — Rapport au XVI^e Congrès de Médecine, octobre 1922.
- Ulcères de l'estomac et du duodénum, septembre 1923.
- ENRIQUEZ et CARRI. — Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. *J. Méd. Franç.*, janvier 1923.
- FORGUES. — Pathologie externe.
- FRUGONI. — Du plexus rénal dans les périnéphrites. *Rivista critica di clinica medica*, n^{os} 9 et 10, 1907.
- GILBERT et THOINOT. —
- HARTMANN. — Travaux de Chirurgie anatomo-clinique. 4^e série.
- HEITZ-BOYER. — Néphrite et pyélonéphrite d'origine intestinale. *Soc. Méd. Hôp.*, 25 juillet 1919.
- Syndrome entéro-réhal. *J. Méd. Fr.*, mai 1922.
- HOUDARD. — L'ulcère simple du duodénum. *Th. Paris*, 1912-1913.

HUCHON. — Contribution à l'étude des affections gastro-intestinales (x et ulcus de l'estomac). *Th.* Lyon, 1907.

ILIESCU. — *Journal de Méd. et Chir. pratique*, janvier 1927.

JEANNIN. — De la colibacillose au cours de la puerpéralité. *Conc. Méd.*, 1^{er} mars 1925.

Journal Médical Français, août 1927. — Diagnostic précoce des Maladies des reins.

— Diagnostic précoce des Maladies du foie, septembre 1927.

KLIPPEL. — Rôle et lésions du plexus rénal dans les néphrites, *Gaz. hebdomadaire de Méd. et Chir.*, 13 mai 1896.

LABBÉ M. — La lithiase biliaire.

LABOULBÈNE. — Des néphralgies viscérales. *Th. d'agrégé*, Paris, 1860.

LE DENTU. — Affections chirurgicales des reins et des uretères.

LE DENTU et DELBET. — Maladie des reins.

LEGUEU. — Névralgies rénales. *Ann. des Maladies des organes génito-urinaires*, 1891.

— Calculs du rein et de l'uretère. *Th.*, Paris, 1895.

— Cliniques de Necker, 1922.

LEGUEU, FEY, TRUCHOT. — Pyéloscopie, 1927.

LEGUEU et PAPIN. — Maladies des reins.

LEGUEU, PAPIN et MAINGOT. — Exploration radiographique de l'appareil urinaire. Paris, 1913.

LE LORIER. — Observations de pyélonéphrite grave avec rétention au cours de la gestation. *Soc. obstétrique*, décembre 1924.

LÉVI-SOLAL, MISRACHI, SALOMON. — Contribution à l'étude de la pathogénie des pyélonéphrites gravidiques. *P. M.*, 7 mai 1927.

LINOSSIER. — La diarrhée prandiale des biliaires. *Arch. des Mal. de l'app. dig.*, 1907.

LÆPER. — Leçons de pathologie digestive, 1911. Points douloureux de l'abdomen.
— Leçons de pathologie digestive, 1914. Diagnostic des douleurs tardives.

MAINGOT. — Radiographie de la lithiasé biliaire. *Thèse*, Paris, 1909.

MARION. — *Traité d'Urologie*.

MARSAN. — Les néphrites et périnéphrites douloureuses. *Th.* Paris, 1910.

MARTIN. — Ulcus du duodénum. *Thèse*, Lyon, 1914.

MATHIEU. — La douleur paroxystique dans le syndrome ulcéro-pylorique. *Rev. gén. de Chir. thérapeutique*.

MERCIER. — Sémiologie urinaire.

MORAT et DOYON. — *Traité de Physiologie*.

MOYNIHAN. — Cholélithiasis. Its early recognition and its early surgical treatment. *Practitioner*, London, décembre 1908.

— Discussion sur le diagnostic et le traitement de l'ulcus chronique du duodénum. *Soc. Royale de Méd. de Londres*, 14 décembre 1909 et janvier 1910. *P. M.*, 1918, p. 101.

NOGIER et REYNAUD. — Les coliques néphrétiques en dehors de la lithiase. *Avenir médical*, juin 1915.

PAILLARD. — Observations cliniques sur la lithiase rénale. *J. Méd. Fr.*, novembre 1923.

PAPIN. — Encyclopédie d'urologie.

PARTURIER. — Notes sur le diagnostic clinique des syndromes douloureux de la région vésiculaire. *Revue de Chirurgie*, mars 1919.

— La colique vésiculaire. *Thèse*, Paris, 1910.

PARTURIER et VASELLE. — L'ulcère duodénal vrai non compliqué. *Progrès médical*, octobre 1921.

PASTEAU. — Congrès international d'Urologie, 1924.

— Douleurs rénales. *Journal de Méd. et Chir. prat.*, 1925.

Pathologie chirurgicale. — Neuf agrégés.

PAUCHET. — Lithiase biliaire. *J. de Méd. de Paris*, juin 1922.

PAVIOT. — La péritonite sous-hépatique, d'origine vésiculaire.

- POIRIER. — Anatomie descriptive.
- POUSSON. — Maladies des voies urinaires.
- RAFIN et ARCELIN. — Calculs du rein et de l'uretère. *Thèse*, Paris, 1911.
- RAMOND. — La douleur appendiculaire au cours de la lithiase biliaire. *Médec. franç.*, juin 1921.
- . Ulcère simple du duodénum.
- ROUVIÈRE. — Anatomie topographique.
- ROUX et MOUTIER. — Pathologie gastro-intestinale, 1925.
- SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. — *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*.
- SOURDILLE. — Etude clinique de la lithiase rénale. *Thèse*, Paris, 1907.
- SPELKENG. — Lithiase rénale ou lithiase biliaire. *Bruxelles Médical*, 1927, p. 261.
- STRACHSTEIN. — The diagnostic and conservative treatment of rénal calcul. *Médec. Journ. and record*, New-York, 1926, p. 426.
- TESTUT. — Anatomie descriptive.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
- TRIPPIER et PAVIOT. — Pathogénie péritonitique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques.
- . La péritonite sous-hépatique, d'origine vésiculaire. Collection Léanti.

TROISIER J. — Le signe du phrénique dans les pyélonéphrites et la lithiase rénale. *Soc. Méd. Hôp.* juin 1927.

TUFFIER. — De la douleur dans le rein mobile. *P. M.*, novembre 1904.

VASELLE. — Le diagnostic de la localisation des ulcères gastriques et duodénaux. *Thèse*, Paris, 1922.

WALLICH. — *Précis d'obstétrique*.

— Pyélonéphrites des suites de couches. *Ann. d'obstétrique*, mars 1904.

WIDAL, TEISSIER. — Nouveau Traité de Médecine.

YOVANOWITCH. — Les pyélonéphrites pendant la gestation et leur traitement. *Thèse*, Paris, 1923.



